

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 79

LE TRAITEMENT ESTHÉTIQUE ET PRATIQUE
DU
PHIMOSIS
PAR LA CIRCONCISION
suivie de la réunion sans sutures

(Indications - Technique opératoire)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 13 mai 1921

PAR

Maurice-Eugène-Fernand-Jean-Marie Lempereur DE SAINT-PIERRE

Médaille militaire, Croix de Guerre

Né le 3 mai 1894 à Biarritz (Basses-Pyrénées)

Examineurs de la thèse	{	MM. POUSSON , professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		ABADIE , professeur.		
		CRUCHET , professeur.		
		CREYX , agrégé.		

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUPE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

LE TRAITEMENT ESTHÉTIQUE ET PRATIQUE
DU
PHIMOSIS
PAR LA CIRCONCISION
suivie de la réunion sans sutures

(Indications - Technique opératoire)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 13 mai 1921

PAR

Maurice-Eugène-Fernand-Jean-Marie Lempereur DE SAINT-PIERRE

Médaille militaire, Croix de Guerre

Né le 3 mai 1894 à Biarritz (Basses-Pyrénées)



Examineurs de la thèse

MM. POUSSON, professeur, *Président*.

ABADIE, professeur.

CRUCHET, professeur.

GREYX, agrégé.

Juges.

||o||

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales . . .	CRUCHET.	fantile et orthopédie . .	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	N...	ladies des enfants . . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique . . .	DENIGES.
tologie	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale . . .	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale.	BERGONIE.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		MAURIAC.
Anatomie et embryologie.	PICQUE.	Médecine générale . . .	LEURET.
	N...		DUPERIE.
Histologie	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales. . .	PERRENS.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Médecine légale . . .	LANDE.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).		GUYOT.
naturelles.	N...	Chirurgie générale . . .	ROCHER.
Physique biologique et			DUVERGEY.
médicale	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique.	PERY.
dicale	N...		FAUGÈRE.
		Ophtalmologie.	TEULLERES.
Médecine générale. . .	PETGES.		LABAT.
	CARLES (J.).	Pharmacie	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire		MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie . . .		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements		FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie		CABANNES.
Cours complémentaire de Puericulture		ANDERODIAS,
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale .		SELLIER.
— de Toxicologie et Hygiène appliquée		N...
— d'Analyse chimique qualit. et quantit.		N...
— de démonstrations et préparations pharm.		LABAT.
— de Microbiologie		N...
— de Pathologie interne.		MAURIAC.
— de Pathologie externe.		GUYOT.
— de Vénérologie.		PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Avec ma reconnaissance et ma filiale
tendresse.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI JEAN DE LANGENHAGEN

Médecin auxiliaire.

Décoré de la Médaille militaire et de la Croix de Guerre

Mort pour la France

En pieux hommage à celui qui fut
mon frère par le cœur et la pensée.

A MES SIX FRÈRES ET SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR LOUIS FERRON

Vous avez été pour moi un maître
par votre enseignement, un ami par
votre bienveillance et votre sympathie;
des jours passés à vos côtés dans les
hôpitaux militaires j'emporte le meilleur souvenir.

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE PARIS
ET DE BORDEAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

*Professeur de Clinique des Maladies des Voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux*

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Avec tous mes respectueux remerciements pour le très grand honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette thèse.

INTRODUCTION

Etant pendant plus d'une année assistant à titre civil au centre d'Urologie de la 18^{me} Région dans les hôpitaux militaires, nous avons eu à opérer pour différentes raisons que l'on trouvera détaillées plus loin, une quarantaine de cas de phimosis.

Notre chef de Service, Monsieur le Médecin Major Ferron nous a indiqué un procédé opératoire qu'employait son frère, Monsieur le Docteur J. Ferron, ex-chef de clinique des maladies des Voies Urinaires à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Le procédé consiste à remplacer dans la circoncision, les points de suture, serre-fines ou agrafes, par l'accolement de la peau et de la muqueuse au moyen de pinces laissées en place pendant quelques minutes.

Cette technique d'après les recherches auxquelles nous nous sommes livré, a été décrite seulement en Amérique en 1914 par le Docteur Heredith Strong, de Brooklyn, en France elle est inconnue dans les différentes Facultés, aussi avec l'assentiment de Monsieur le Docteur Ferron, croyons-nous intéressant de la décrire dans cette thèse.

Ce n'est pas une grande question, mais elle a son utilité pratique. L'opération du phimosis est assez délicate ; c'est de la chirurgie nécessaire car elle doit corriger une malformation, et prévenir des accidents qui pourraient en être la conséquence. Les procédés opératoires sont très nombreux ;

cette richesse de méthodes ne sert qu'à mieux montrer les imperfections des résultats.

Or la méthode de la réunion sans sutures nous a donné d'excellents résultats tant au point de vue perfection de la cicatrice que simplification de l'opération ; ne nécessitant qu'une instrumentation limitée, supprimant l'anesthésie générale, le pansement et les soins post-opératoires, elle devient extrêmement facile à pratiquer pour le praticien et rentre dans le cadre des petites interventions courantes pouvant être effectuées n'importe où et en dehors de tout milieu hospitalier. Toutes ces considérations nous ont semblé suffisantes pour faire de la description de ce procédé le sujet de notre thèse.

Avant de commencer ce modeste travail nous nous faisons un devoir et un plaisir d'adresser nos remerciements les plus sincères à Monsieur le Chef de Clinique Ferron à qui revient tout le mérite de cette méthode, et à Monsieur le Médecin Major Ferron qui nous l'a enseignée et qui nous a facilité les moyens de l'appliquer.

Dans une première partie nous rappellerons brièvement l'historique de la circoncision, quelques données anatomiques concernant le phimosis, et les indications opératoires. Nous passerons ensuite rapidement en revue les différents procédés opératoires proposés et employés.

La deuxième partie de ce travail contiendra les chapitres traitant de l'instrumentation nécessaire, des soins pré-opératoires, de l'anesthésie, de la technique de l'intervention, des soins à donner et des complications à éviter.

Les avantages de notre méthode feront l'objet d'un dernier chapitre, et nous terminerons par la publication des observations des cas par nous opérés.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA CIRCONCISION

La circoncision constitue certainement le premier acte chirurgical auquel se soit livré l'humanité. Mais si l'antiquité de cette intervention n'est mise en doute par personne, si sa dissémination sur des contrées éloignées du globe est également un fait connu, l'accord est loin d'être fait sur le peuple qui le premier pratiqua la circoncision, et sur les causes qui la motivèrent.

Les anthropologistes, les ethnographes et les archéologues disputent cette priorité, pour quatre peuples : les Hébreux, les Egyptiens, les Phéniciens et les Arabes.

La Bible, est le plus ancien des livres parlant de la circoncision ; cette opération fut pratiquée pour la première fois par Abraham qui a vécu, d'après les chronologistes vers l'an 2.000 avant l'ère chrétienne. Il se circoncit lui-même à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans, opéra ses deux fils Samuel et Isaac, et ordonna au peuple dont il devint le chef « que tous les mâles seraient circoncis au huitième jour en signe de l'alliance du peuple Juif avec Dieu ».

C'est le fait le plus anciennement reconnu par le livre le plus ancien. Tel est l'argument simple de ceux qui croient à l'origine juive de la circoncision.

A cela les partisans de la théorie Egyptienne répondent que, d'après la Bible elle-même, Abraham avant de circoncire a voyagé vingt ans en Egypte où cette pratique était usitée. Pour appuyer leur théorie ils se basent sur les auteurs anciens et modernes : Hérodote et Hippocrate, Diodore de Sicile et Strabon.

Un écrivain phénicien Sanchaniaton qui a vécu au XIX^{me} siècle avant Jésus-Christ soutient dans son ouvrage de Théogénie l'origine phénicienne de la circoncision, due, d'après lui, à Kronos, roi de Phénicie, et qui vivait avant Abraham.

Enfin une théorie d'après laquelle la circoncision aurait existé chez les Arabes longtemps avant d'être pratiquée chez les Hébreux est basée sur l'interprétation de la Bible tirée des données philologiques.

Des rivages orientaux de la Méditerranée la pratique de la circoncision gagna le monde, portée sans doute par les Phéniciens intrépides marins et explorateurs. C'est ce qui explique que nous la retrouvons chez presque toutes les peuplades d'Afrique et d'Océanie. Le peuple Juif et les Musulmans ont fidèlement gardé jusqu'à nos jours la coutume de circoncire leurs nouveaux-nés.

Les procédés opératoires variaient un peu naturellement, suivant les contrées, mais le plus répandu était le suivant : Section du prépuce avec un couteau, en pierre d'abord puis en fer ou même en métal précieux ; la muqueuse était déchirée avec les doigts jusqu'à ce que le gland fut mis à nu ; les lambeaux étaient rabattus de chaque côté sur la verge, et enfin l'opérateur ayant rempli sa bouche de vin faisait l'hémostase par succion de la verge. On voit d'ici les inconvénients qui en pouvaient résulter, hémorragies quelquefois suivies de mort, cicatrice défectueuse, et parfois transmission de la syphilis au nouveau-né.

Les théories concernant la signification de la circoncision sont nombreuses ; évidemment cet acte avait un caractère religieux, mais par quoi était-il inspiré ? Avait-il seulement un but hygiénique et moral : empêcher de contracter des

maladies vénériennes, combattre la stérilité et l'onanisme ? La signification était-elle symbolique de la façon dont nous devons combattre nos passions comme le veut Saint-Paul ? Était-ce seule la politique qui l'avait inspiré comme l'indique la théorie du peuple élu ? Ou la circoncision remplaçait-elle les sacrifices humains dont elle était l'emblème ? Toutes ces hypothèses sont également controversées. Peu importe d'ailleurs, nous retiendrons seulement que la circoncision est un fait fort ancien. Qu'elle a été et qu'elle est encore universellement pratiquée, puisque à l'heure actuelle on compte sur la surface du globe deux cents millions de circoncis, dont douze millions de Juifs, cent quatre-vingt millions de Mahométans, trois millions de Chrétiens. En dehors de l'Europe, Turcs et Juifs, cette pratique est répandue dans presque toute l'Afrique et jusque dans certaines îles de l'Océanie.

Il ne manque peut-être pas d'intérêt de rappeler que la circoncision, non plus cette fois comme coutume religieuse, mais en tant qu'opération chirurgicale existe depuis fort longtemps. Nous rencontrons dans l'histoire antique quelques cas pratiqués dans un but thérapeutique.

Ainsi Apien, nous raconte Flavius Josèphe dans son livre « *Contra Apionem* » a été forcé de se soumettre à la circoncision pour guérir d'une suppuration du pénis qui avait dégénéré en gangrène. Dans la période gréco-romaine les médecins parlent de la circoncision comme opération chirurgicale utile dans certains processus morbides du gland et du prépuce. Cf. Celsus. XII, 25 et Auriabasus. V. 469.

CHAPITRE II

ANATOMIE DU PHIMOSIS

Le phimosis est une disposition vicieuse du prépuce dont l'ouverture est trop étroite pour permettre le passage du gland. A l'état normal ce repli membraneux placé à l'extrémité de la verge varie dans sa longueur suivant les individus ; tantôt court il ne forme qu'une couronne autour du gland, tantôt long il le dépasse et le recouvre. Mais l'orifice qu'il présente en avant est dilatable et peut franchir le gland ; c'est l'atrésie de cet orifice qui constitue la malformation.

Le phimosis peut être, soit congénital, c'est le cas le plus fréquent, soit acquis, sous l'influence d'affections diverses : balanite, syphilis, diabète, etc.

La structure du prépuce est très simple ; superficiellement on trouve la peau qui est la continuation de celle de la verge ; en avant au niveau de l'orifice elle se réfléchit et se transforme insensiblement en muqueuse, comme cela se voit au niveau de tous les orifices naturels.

Cette muqueuse qui forme la couche profonde est en contact avec celle du gland. En arrière elle va se continuer avec elle après avoir passé dans le sillon balano-prétutial ; elle adhère fortement au niveau de ce sillon ; c'est là que viennent s'ouvrir les glandes de Tison.

Entre la peau et la muqueuse se trouve une couche de tissu cellulaire très lâche ; c'est elle qui permet le déplacement de l'une sur l'autre. Cette couche de tissu cellulaire peut s'œdématiser, s'infiltrer à la suite d'irritations des muqueuses, et le prépuce ne pouvant être retiré en arrière de la couronne du gland, il se produit un phimosis accidentel.

La gouttière balano-préputiale est interrompue en arrière, par suite de l'adhérence d'un repli de la muqueuse au gland ; ce repli constitue le frein ou filet qui peut être plus ou moins long. Lorsqu'il est trop court il produit une malformation, car pendant l'érection l'extrémité du gland est attirée en bas, sa face dorsale est tendue et aplatie ; au cours du coït il peut se déchirer, détermine de vives douleurs, devient une véritable gêne ; il faut alors le sectionner.

Ces données étant posées nous pourrions distinguer deux catégories de phimosis.

Première catégorie. — Les phimosis véritables : ceux où l'orifice ne permet pas le passage du gland en entier—deux groupes dans cette catégorie, dans le premier nous rangerons les cas où le prépuce s'applique exactement sur le gland ; dans un deuxième prendront place les phimosis hypertrophiques c'est-à-dire ceux où le prépuce dépasse le gland et constitue une sorte de canal qui continue l'urètre.

La deuxième catégorie comprend les cas auxquels on a donné improprement le nom de phimosis ; nous les rangerons en quatre groupes.

1^{er} groupe : Imperforation du prépuce, c'est extrêmement rare.

2^e groupe : Le prépuce est hypertrophié, dépasse notablement le gland à l'état normal, mais son orifice en permet le passage.

3^e groupe : Le passage du gland à travers le prépuce ne peut se faire non par suite de l'atrésie de l'orifice, mais à cause d'adhérences contractées entre la muqueuse du pré-

puce et celle du gland, suite ordinaire de lésions de balano-posthites.

4° groupe : La brièveté du frein empêche le prépuce de découvrir complètement le gland.

A la naissance le phimosis est presque de règle ; cette malformation doit s'atténuer à mesure que les organes génitaux augmentent de volume pour disparaître à la puberté. Elle persiste dans un certain nombre de cas qui varient suivant les statistiques de six à douze pour cent.

Mais ces chiffres ne s'appliquent qu'aux phimosis vrais, les cas de faux phimosis par hypertrophie du prépuce sont très fréquents et portent la statistique au moins à vingt-cinq pour cent. Ces chiffres ont leur importance puisque nous verrons au chapitre suivant que s'il est indispensable d'opérer un vrai phimosis, il est également de l'intérêt du porteur d'un faux phimosis de subir la circoncision.

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA CIRCONCISION

Le phimosis chez l'adulte est une malformation, cela seul permettrait de conclure que du fait qu'il existe il doit être opéré. Et il faut le faire car ce n'est pas une malformation inoffensive, mais qui entraîne souvent des complications sérieuses et présente toujours des inconvénients. Nous allons rappeler les méfaits imputables au phimosis, et de leur examen découleront naturellement les indications opératoires.

On peut classer ces accidents en trois groupes :

- I. Génitaux.
- II. Urinaires.
- III. Généraux.

I. — Accidents génitaux

Le phimosis congénital, et surtout sa forme atrophique ; met un obstacle au développement non seulement du gland mais encore de la verge et parfois des testicules. C'est ainsi que le chirurgien américain Delaney au cours de l'examen

d'un contingent a relevé douze cas d'atrophie presque complète des organes génitaux chez des porteurs de phimosis ; d'autre part plusieurs auteurs ont déjà insisté sur ce fait que chez les circoncis le développement se fait d'une façon plus précoce.

Une plus grande fécondité semble être également l'apanage des circoncis ; soit que le sperme lancé avec moins de force chez les porteurs de phimosis ou même ne sorte que goutte à goutte, soit que la brièveté du frein dévie le gland et le méat vers le bas, et s'oppose à la projection en avant du sperme. Tel semble être le cas de Louis XIV qui n'eut des enfants qu'après avoir été circoncis. Amussat rapporte également un cas de stérilité chez l'homme ayant cessé après la circoncision.

Inutile d'insister sur la gêne qu'apporte le phimosis dans l'érection, le coït. Celui-ci devient souvent douloureux par suite des tiraillements et de l'hyperesthésie de la muqueuse, s'accompagne d'éjaculation incomplète, pénible avec douleurs périnéales, et enfin peut aboutir au paraphimosis. Ici nous touchons du doigt un accident relativement fréquent, toujours douloureux, d'une certaine gravité, entraînant d'urgence une intervention le plus souvent sanglante. Le paraphimosis est l'étranglement de la verge à travers l'orifice préputial qui porté avec effort en arrière du gland ne peut être ramené en avant : le gland au cours des efforts du coït passe à travers la filière préputiale, sa forme, conique facilite ce passage mais l'obstacle franchi, les téguments arrêtés par la couronne du gland ne peuvent revenir ; ils forment au point d'arrêt, à un centimètre une virole qui étreint le pénis, pas assez pour empêcher l'apport du sang artériel, assez pour empêcher le reflux du sang veineux. Le gland se tuméfie, la stase lymphatique et sanguine amène une extravasation de sérosité et la formation de deux bourrelets œdémateux supérieurs, l'un en avant, l'autre en arrière de l'anneau et d'un troisième inférieur. Cet étranglement s'accompagne rapidement de douleurs, fièvre, insomnie, et

s'il n'est pas traité à temps aboutit vers le quatrième jour à la destruction de la bride d'étranglement par ulcération, quelquefois même par gangrène.

Mais le plus grave inconvénient du phimosis au point de vue génital est certainement la prédisposition qu'il entraîne à contracter des affections vénériennes.

Les glandes de Tison situées dans le sillon balano-préputial secrètent une matière sébacée propre à lubrifier la muqueuse du gland et à en faciliter le glissement. Le phimosis empêchant les soins de propreté permet au sebum de s'accumuler dans ce sillon, l'urine en s'infiltrant peut venir y séjourner aussi, dès lors ces matières en se décomposant deviennent une cause d'irritation pour la muqueuse qui se congestionne, se desquame, devient le siège de petites ulcérations, de lésions de balano-posthite. Survient un coït infectant, les microbes, bacille de Ducrey ou tréponème, trouvent de nombreuses portes ouvertes pour leur pénétration dans l'organisme; de plus le prépuce en recouvrant le gland entretient une chaleur humide et continue qui ne sert que pour conserver ces agents infectants dans de très bonnes conditions de développement et de reproduction.

Aussi les porteurs de phimosis sont-ils des candidats favorisés aux affections vénériennes non seulement chancre mou et syphilis, mais même blennorrhagie. Au contraire la circoncision par le fait qu'elle met à nu la muqueuse du gland, la cutanise et la rend plus persistante.

Personnellement nous avons remarqué la proportion extrêmement élevée qui existe entre les sujets porteurs de phimosis et ceux atteints d'affections vénériennes. Quoi de plus édifiant d'ailleurs que la statistique faite aux Indes Néerlandaises par le Docteur Bedenstein, sur des soldats, les uns indigènes, circoncis, les autres européens, non circoncis. Les uns et les autres menaient la même existence et avaient des rapports avec les mêmes femmes.

Sur 21.284 indigènes circoncis nous avons en une année :
179 cas de syphilis, soit 0,8 %.

3407 maladies vénériennes autres que la syphilis, soit 16/100.

Or, chez les Européens non circoncis nous trouvons pour 17.216 soldats ;

710 cas de syphilis, soit 4,1/100.

7089 maladies vénériennes autres que la syphilis soit : 41 %.

On aura d'ailleurs à opérer non seulement au point de vue prophylactique, mais encore au cours des maladies vénériennes. Combien de cas de blennorrhagies qui s'éternisent, et cèdent au traitement après la circoncision. L'opération a l'avantage d'éviter la stagnation du pus dans le cul de sac préputial et les inconvénients qui en résultent ; c'est pour cette raison et afin d'agir directement sur la lésion que l'on interviendra dans les cas de phimosis chancrelleux ou entretenu par un chancre syphilitique. Panas, Ricord, Tronquet le recommandent et s'en sont toujours bien trouvés. Gailleton qui a fait plus de cinquante circoncisions dans ces conditions enseigne que, la guérison n'a pas exigé plus de trente cinq jours au maximum. Nous avons opéré cinq phimosis pour chancres et sommes restés bien au-dessous de ce délai.

Moins graves que les maladies vénériennes mais extrêmement gênantes pour le malade sont les lésions eczémateuses, les fissures, gerçures, le prurigo, causés et entretenus par le phimosis. Nous avons déjà parlé des lésions si fréquentes de balano-posthites, ajoutons qu'elles ont l'inconvénient d'entraîner à leur suite des adhérences entre la muqueuse du prépuce et celle du gland.

L'onanisme est parfois la conséquence de la malformation préputiale ; dû encore à l'accumulation du sébum et à l'irritation du gland, provoquant des démangeaisons, des excitations quelquefois des érections, et invitant les sujets à porter fréquemment leurs mains à leur verge. Richet a guéri de nombreux enfants de la masturbation par la circoncision. Dans d'autres cas chez des adultes la fréquence des érections

entraîne des pertes séminales, puis arrivent les pollutions nocturnes, la spermatorrhée qui épuise le malade et enfin l'impuissance. L'allemment en rapporte plusieurs cas.

Le cancer de la verge surviendrait d'après certains auteurs presque toujours chez des sujets atteints de phimosis. C'est ainsi que déjà en 1803, Hey sur 12 cancers signalait 9 phimosis. Roua en 1814, sur 4 cancers, 3 phimosis ; et enfin, Demarquey sur 59 cancers, 42 phimosis, soit 70/100.

Signalons enfin les condylomes, les végétations papillomateuses, l'éléphantiasis du prépuce, accidents que n'auront pas les circoncis.

Ajoutons qu'au point de vue du diagnostic, celui-ci peut être malaisé du fait d'un phimosis entre la sécrétion purulente d'une balano-posthite et celle due à un chancre ou à des plaques muqueuses.

II. — Accidents urinaires.

Du fait de l'étroitesse de l'orifice préputial ou de sa non concordance avec le méat, l'urine peut ne s'éliminer que difficilement goutte à goutte, s'accumuler entre le gland et le prépuce au point de former une véritable tumeur molle, globuleuse, et fluctuante : c'est la rétention sous-préputiale qui peut par réflexe s'accompagner ensuite de rétention vésicale et même rénale. Les accidents signalés par Laugier en 1831 ont été ensuite décrits par Borelli, Hart.

A côté de la rétention nous devons placer l'incontinence d'urine, vraie ou fausse par regorgement ; la pathogénie en est discutée mais les faits sont là, probants. Nombreux sont dans la littérature médicale les cas d'incontinence guéris par la circoncision. (Trousseau).

L'urine en séjournant sous le prépuce peut donner lieu à la formation de véritables calculs ; c'est la lithiase préputiale bien observée par J. H. Petit, les calculs sont variables dans leur nombre, jusqu'à 110 dans un cas d'Alexandre Louis, leur poids, jusqu'à 225 grammes (Dumesnil), leurs dimen-

tions, leur composition. En général, ces pierres sont multiples, taillées à facettes, d'un volume irrégulier. Elles transforment le prépuce en une tumeur résistante, crépitante sous les doigts, provoquent des sécrétions muco-purulentes de balano-posthite, et se signalent parfois par des manifestations cliniques bruyantes de rétention brusque d'urine.

Signalons enfin des cas de cystite par propagation de l'inflammation balano-préputiale.

III. — Accidents généraux

Il n'est pour ainsi dire pas d'appareil sur lequel le phimosis ne puisse avoir de retentissement; nous allons énumérer ces accidents en commençant par le système nerveux sur lequel cette malformation semble surtout avoir de la répercussion.

C'est à Fleury que revient le mérite d'avoir signalé ces troubles dans des conclusions présentées à l'Académie de Médecine en 1851 et que nous reproduisons ici :

« Le phimosis congénital donne lieu à des troubles variés du système nerveux offrant la plus grande ressemblance avec ceux que l'on observe chez les femmes atteintes d'une affection utérine, d'un déplacement en particulier, principalement caractérisé par de la gastralgie, des palpitations, de l'hypocondrie et des accès hystériformes dont la véritable forme est jusqu'à présent méconnue ».

Après Fleury, des auteurs, surtout Américains tels que Beard, Park, Kelley, Hecford, Thompson, Rousse, Hett, ont observés de l'irritabilité et des bizarreries de caractère, de l'insomnie, des convulsions, de la chorée, des paralysies réflexes des membres, de l'épilepsie même, des névralgies du prépuce. Reverdin rapporte plusieurs cas de troubles psychiques. Tous accidents guéris par la circoncision.

Du côté de l'appareil locomoteur nous trouvons des pseudo-coxalgie, Barmell, Kelley ; des troubles de la marche, Denucé.

L'appareil digestif paye son tribut avec des dyspepsies, des gastralgies, de la constipation et surtout avec des hernies, ombilicales ou inguinales, les hernies sont le fait des efforts que fait l'enfant lors des mictions. D'après Pereire qui a eu de nombreux cas de guérison par la circoncision, dix pour cent des enfants hernieux sont redevables de cette infirmité à un phimosis concomitant. C'est à la même raison que l'on peut attribuer certains cas de prolapsus du rectum, d'hémorroïdes, d'hydrocèle.

Enfin du côté de l'appareil circulatoire on a noté des palpitations engendrées par la malformation préputiale.

Comme on le voit les accidents dûs au phimosis sont extrêmement nombreux et variés, quelles sont donc les indications opératoires ? Deux cas peuvent se présenter : ou nous nous trouvons en présence d'un phimosis compliqué d'un accident quelconque et l'hésitation n'est pas permise : il faut opérer pour guérir ; ou il s'agit d'un phimosis non encore compliqué d'accident, mais nous rappelant tous ceux qui pourront survenir nous devons faire comprendre au sujet qu'il est de son intérêt de se faire circoncire, insistant surtout sur la prophylaxie des maladies vénériennes : ici il faut opérer non plus pour guérir mais pour prévenir.

Les contre indications sont d'ailleurs peu nombreuses ; nous ne voyons guère que la cachexie, la débilité ou l'âge avancé du sujet.

Voici à titre de renseignements les différents motifs pour lesquels nous avons été appelé à pratiquer quarante circoncisions. Dix huit cas pour accidents ainsi répartis : incontinence d'urine : cinq, chancres : trois, blennorrhagie chronique : cinq, lésions banales de balano-posthite : quatre, paraphimosis : un. Les autres sujets ont été opérés quelquefois sur nos conseils, souvent sur leurs demandes parce qu'ils avaient compris l'avantage d'une intervention et que les résultats opératoires constatés chez leurs camarades leur rendaient pour ainsi dire attrayante, la nécessité d'une circoncision.

CHAPITRE IV

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DU PHIMOSIS

Il n'est vraisemblablement pas d'intervention pour laquelle on ait décrit autant de procédés opératoires que pour la cure chirurgicale du phimosis. Quand on fouille la littérature on est autant frappé par la richesse des modes opératoires que par la variété des instruments inventés à cet usage. Ce fait ne date pas d'aujourd'hui. Les historiens nous racontent que Louis XIII, visitant un hôpital, s'enfuit épouvanté devant l'importance de l'arsenal des instruments destinés aux circoncisions.

On peut ramener tous ces procédés à quatre groupes : dilatation, incision, excision, et circoncision. Nous les exposerons brièvement insistant plutôt sur les modes de réunion au cours de la circoncision, puisque c'est ce temps qui constitue le côté original de notre travail.

I. — *Dilatation*

La dilatation est la technique la plus récente, mais également la plus rapidement tombée dans l'oubli. Expérimentée pour la première fois par Thibault, perfectionnée en 1867

par Nelaton qui inventa une pince spéciale à trois branches. Après anesthésie et destruction des adhérences à la sonde, ce chirurgien introduisait la pince entre le prépuce et le gland, rapprochait les anneaux de la pince, les branches alors s'écartaient et l'on devait éprouver la sensation d'une résistance vaincue comparable à celle ressentie dans l'opération de la fissure à l'an us par la dilatation. La pince retirée, on peut, dit Nelaton, rabattre immédiatement le prépuce derrière le gland ; il n'y a pas d'écoulement de sang ; mais sur la muqueuse existent quelques éraillures peu profondes.

Ce procédé repris par Verneuil et de Saint-Germain, chacun se servant d'ailleurs d'une pince spéciale, est, croyons nous maintenant complètement abandonné. Utile tout au plus dans le phimosis par atrésie il présente de multiples inconvénients.

Il ne corrige en effet ni le phimosis hypertrophique, ni la brièveté du frein, n'est souvent pas possible à cause des adhérences, détermine des éraillures propres à reproduire le phimosis par rétraction de la muqueuse, et oblige souvent à en venir à la circoncision.

II. — *Incision*

L'incision consiste simplement à fendre le prépuce parallèlement à l'axe de l'urètre pour mettre le gland à découvert. Celse qui l'a employée le premier faisait l'incision inférieure, côté du frein par crainte des hémorragies, Astruc se servait d'une ou deux incisions latérales. Depuis le XVIII^e siècle on n'emploie plus que l'incision dorsale de Dionis. J. L. Petit a préconisé cette méthode, il se servait d'un bistouri dont la pointe était garnie d'une boule de cire, il incisait d'arrière en avant. Sedillot et Malgaigne transfixaient peau et muqueuse et incisaient d'avant en arrière. Le procédé de l'incision n'est plus que rarement employé, il constitue un pis aller dans les cas de paraphimosis ou de phimosis chancrelleux. Il est en effet inesthéti-

que au plus haut degré, laissant deux oreilles inélégantes, et la plupart du temps il doit être complété par la circoncision.

III. — *L'excision*

L'excision consiste à enlever une partie du prépuce, ordinairement en forme de V ; ce procédé a été employé par Richet et par Malgaigne. Si au point de vue esthétique il n'est pas repréhensible, il présente néanmoins des inconvénients assez sérieux pour motiver son oubli. Il n'agit en effet ni sur les adhérences, ni sur l'hypertrophie du prépuce, ni sur la brièveté du frein.

IV. — *La circoncision*

Avec la circoncision nous abordons le procédé couramment employé tant au point de vue rituel qu'au point de vue chirurgical pur ; elle consiste dans la section circulaire du prépuce et de sa muqueuse.

Nous avons déjà décrit le procédé rituel, nous n'y reviendrons pas.

Chirurgicalement il y a phlétoire de méthodes, ne permettant pas facilement une classification. Elles sont décrites longuement dans les thèses de Gerba, Paris 1897, et Thibault, Paris 1908. Mais pour donner une idée de cette variété de procédés nous allons citer quelques-uns des chirurgiens qui en ont expérimenté un nouveau ; nous trouvons les noms de Lefranc, Ricord, Vidal de Cassis, Trélat, Ravaton, Richet, Cahin, Thibault, Dolbeau, Piquantin, Borelli, Bonafont, Panas, Chaunin, Martin, Beaudens, Maurel, Lefait, Thierry, Amussat, Damson, Verneuil, Chassaignac, Maisonneuve, etc...

Essayons de classer ces diverses méthodes d'après la nouveauté qu'elles apportaient au cours de l'acte opératoire.

Et d'abord comment faire la section des tissus ? La pratique usitée au début et seule conservée maintenant est de se

servir d'un instrument tranchant, que ce soit bistouri, rasoir, ciseaux ou sécateur spécial. Mais à côté de ce mode sanglant divers auteurs ont essayé un procédé non sanglant : Amussat se sert de caustiques, Verneuil emploie le thermo-cautère, remplacé par le galvano-cautère de Damson. Chassaignac invente un écraseur linéaire et Maisonneuve un serre-nœud.

La section par instrument tranchant étant décidée faut-il la faire en deux temps, peau d'abord, muqueuse ensuite, ou en un seul temps, peau et muqueuse à la fois. En effet il se produit ce fait que lorsqu'on tire sur le prépuce, la peau s'allonge beaucoup plus que la muqueuse, et l'on se trouvera ainsi sectionner beaucoup plus de l'une que de l'autre. Hantés par cette idée de couper les deux au même niveau, les chirurgiens ont inventé de nombreux dispositifs ; Ricord transperce peau et muqueuse avec des aiguilles à sutures chargées de fil, et sectionne ensuite circulairement ; Panas obtient la fixation avec des pinces ; Corbin introduit entre le prépuce et le gland une tige d'où s'échappent des crochets qui s'implantent dans les tissus du phimosis ; de même Borelli et Chaunin. La plupart des chirurgiens avec Vidal de Cassis fixent peau et muqueuse avec deux ou trois pinces à griffe.

D'autres comme Ravaton, le plus ancien en date, 1775, Cusio, Duhoné, commencent par faire une incision dorsale, puis coupent circulairement peau et muqueuse à la fois.

D'autres encore sectionnent d'abord circulairement la peau, puis tombant sur le phimosis muqueux font une incision longitudinale jusqu'à la base du gland et régularisent les deux oreilles en allant de l'incision vers le frein. C'est le procédé actuellement décrit par Reclus et Marion.

Quelle que soit la méthode employée nous arrivons après avoir fait l'hémostase au dernier temps, le plus important peut-être celui de la suture. Ici comme dans toutes les opérations plastiques il faut que la pureté de la réunion par première intention soit telle qu'on ne s'aperçoive pas plus

tard de l'intervention du chirurgien jusqu'à présent trois procédés ont été employés.

1° Pas de sutures, cicatrisation par deuxième intention, fatalement vicieuse ; cette méthode employée dans les circoncisions rituelles, ne l'est plus par les chirurgiens, si elle l'a jamais été.

2° Par des fils, crins ou catguts.

3° Par les serre-fines de Vidal de Cassis, dont on peut rapprocher les agrafes de Michel.

Deuxième partie

CHAPITRE V

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES INSTRUMENTATION — ANESTHÉSIE

Chez les sujets atteints de phimosis, la région du gland est en général septique ; la matière sébacée sécrétée par les glandes de Tison s'accumule dans le sillon balano-préputial, de plus, au cours des mictions des gouttes d'urine glissent le long du gland, joignez à cela la chaleur humide entretenue constamment et qui forme de la région un excellent milieu de culture, ajoutez enfin les lésions souvent concomitantes de balanites. Aussi est-il nécessaire de faire deux ou trois jours avant l'intervention le nettoyage soigné du gland et du sillon.

Généralement nous faisons prendre au sujet des bains de verge chauds dans une solution faible de permanganate en ayant soin de diriger avec une seringue un jet modéré de la solution du bain entre le prépuce et le gland.

Une bonne précaution est soit de raser, soit au moins de couper les poils du pubis et les bourses. Ces poils risquent

en effet de venir se coller après la cicatrice, et de devenir une cause de gêne, sinon d'infection.

L'instrumentation dont nous nous servons est à dessein composée de pinces d'un modèle courant pour être vraiment pratique. Il suffit de pouvoir disposer de :

1 seringue de Pravaz et une aiguille d'injections hypodermiques.

1 bistouri.

1 paire de ciseaux.

1 sonde cannelée.

2 pinces à disséquer avec griffes.

4 pinces de Kocher.

25 pinces de Pean.

Comme on le voit, tout praticien même de campagne peut avoir sous la main ces différents instruments.

Anesthésie

Dans les circoncisions rituelles il n'était naturellement pas question d'anesthésie ; elle n'a été admise par les chirurgiens que depuis une soixantaine d'années. Avant on conseillait « d'aller très vite ».

On a préconisé d'abord l'anesthésie générale au chloroforme, puis l'anesthésie locale rallia la majorité des suffrages, successivement sous forme d'applications de glace (Saint Germain), de pulvérisations d'éther (Langlebert), de pulvérisations de chlorure d'éthyle (Mathieu), de badigeonnages du gland à l'aide d'une solution de cocaïne, et enfin d'injections de cocaïne réparties par piqûres et trainées le long de la ligne d'amputation (Reclus). Malgré tout, de nombreux praticiens sont restés fidèles à l'anesthésie générale.

Pour les quarante cas opérés par nous, nous n'avons jamais eu recours à ce dernier procédé, considérant inutile de soumettre les malades aux aléas et aux désagréments du sommeil par le chloroforme, l'éther ou même le chlorure

d'éthyle. La circoncision constitue d'ailleurs le type des opérations où l'anesthésie locale avec la cocaïne ou de ses dérivés, est indiquée et donne d'excellents résultats,

Au cours de ces anesthésies notre attention a été attirée par deux faits :

1° La nécessité d'employer des solutions assez concentrées : les solutions à 1 pour 200 et même à 1 pour 100, ne nous donnaient que des anesthésies insuffisantes, ou alors il fallait injecter une quantité de liquide telle, qu'elle devenait gênante, oedématisant la verge : (il s'agit bien entendu de la circoncision chez l'adulte quant aux chiffres d'anesthésiant injecté).

2° La rapidité avec laquelle s'élimine la cocaïne dans la région de la verge, due sans doute à son irrigation particulièrement abondante. Nous ne croyons pas qu'il y ait intérêt ici à attendre un quart d'heure avant de commencer ; cinq minutes nous paraissent largement suffisantes.

Après plusieurs essais, voici la technique que nous avons adoptée :

Emploi d'une solution de novocaïne au cinquantième ; seringue en verre à injection hypodermique, aiguille en platine fine.

1° Un aide tirant fortement sur la verge, « comme s'il voulait l'arracher », première injection de deux centimètres cubes, perpendiculaire à la paroi, dans la région immédiatement sous-pubienne à la base même de la verge, à une profondeur de un centimètre et demi environ.

2° Une injection en bague de deux à trois centimètres cubes, sous-cutanée, traçante à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de la verge.

3° Une injection de deux centimètres cubes répartie dans tout le prépuce, plus particulièrement au niveau de la région du frein.

4° Pour terminer, badigeonnage du gland avec une pince chargée de coton imbibé d'une solution forte de cocaïne au dixième ; en effet le gland est souvent extrêmement sensible

chez les porteurs de phimosis et le contact des ciseaux et des pinces est sinon douloureux, tout au moins désagréable et cela est facile à éviter.

Le badigeonnage s'impose lorsqu'il existe des adhérences ou mieux on le remplace par une injection, au moyen de la seringue non munie de son aiguille, de quelques gouttes de cette solution forte entre le prépuce et le gland.

Quelquefois chez les sujets hypersensibles ou en présence d'adhérences très développées, il y aura lieu de faire une injection dans le gland même.

Après massage léger pour faciliter la diffusion de la novocaïne on peut commencer l'intervention.

Malgré l'emploi de ces solutions relativement concentrées, et la dose assez élevée injectée, nous n'avons jamais eu le moindre accident, ni même le plus léger malaise avec la novocaïne. L'anesthésie est parfaite.

CHAPITRE VI

TECHNIQUE DE LA CIRCONCISION

La méthode par nous employée est à peu de chose près celle décrite dernièrement par Marion ; c'est celle qui nous a donné les meilleurs résultats : circoncision par section de la peau et de la muqueuse du prépuce en deux temps. Mais tout autre procédé pourra être employé qui permettra de terminer par la réunion sans sutures.

Nous avons renoncé à essayer de sectionner peau et muqueuse en un seul temps, après fixation de ces deux tuniques, car la plupart du temps cela ne représente pas une économie de temps ou de travail ; en effet il est rare que l'on coupe assez de muqueuse, et il faut y retoucher secondairement.

Rappelons que l'idéal de la circoncision est d'obtenir un prépuce qui sans mettre obstacle à l'issue facile du gland recouvre cependant au moins le sillon balano-préputial de façon à lui garder sa sensibilité et à permettre dans le coït la rétraction de la peau en arrière sans que des tiraillements s'exercent au niveau de cette rainure balano-préputiale.

Nous décrirons pour plus de clarté cinq temps à l'intervention :

1^{er} temps : Raccourcissement du prépuce.

2° temps : Débridement et régularisation de la muqueuse.

3° temps : Allongement du frein.

4° temps : Hémostase.

5° temps : La réunion.

De ces temps le troisième ne se présente pas toujours.

1° Raccourcissement du prépuce

La désinfection du champ opératoire étant pratiquée, et l'anesthésie obtenue, tirer le prépuce et le saisir avec une pince de Kocher à la hauteur où l'on veut sectionner, en avant du gland. Cette pince doit être placée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, parallèlement au sillon de la base du gland.

Si le prépuce ne pèche pas par excès de longueur on se contente d'étreindre son extrémité sans le tendre.

Le prépuce étant ainsi écrasé entre les branches de la pince, le sectionner au bistouri au ras du bord postérieur de la pince ; il n'y a pas à craindre d'intéresser le gland, du reste au moment de la section on peut attirer le prépuce en avant.

2° Débridement et régularisation de la muqueuse

Le prépuce sectionné, la peau élastique et dilatable se rétracte en arrière du gland, mais la muqueuse qui ne possède pas la même élasticité, continue à recouvrir cet organe, sa face externe sanguinolente est laissée à découvert par la rétraction de la peau, le prépuce est en somme dédoublé.

Saisir cette muqueuse de chaque côté avec les mors d'une pince Kocher, et passer entre elle et le gland une sonde cannelée pour essayer de détruire les adhérences légères qui peuvent exister.

Sectionner alors la muqueuse sur la ligne médiane supérieure au moyen d'une paire de ciseaux dont une de^s

branches a été introduite entre cette tunique et le gland. Cette section donne lieu à deux lambeaux que l'on régularise en abattant obliquement leurs angles à coups de ciseaux. C'est à ce moment qu'il faut libérer à la compresse, au bistouri, ou aux ciseaux les adhérences dans le cas où l'on n'aura pu le faire avec la sonde cannelée. Ces adhérences sont quelquefois tellement intimes que l'on ne peut trouver le plan de clivage et qu'il est nécessaire de « sculpter » le gland pour détacher la muqueuse.

Rappelons qu'il ne faut pas sectionner cette tunique au ras du sillon balano-préputial, mais au maximum à un centimètre ou un centimètre et demi de cette rainure ; c'est nécessaire pour obtenir ensuite un prépuce recouvrant la base du gland.

3° Allongement du frein

Le plus souvent le phimosis s'accompagne d'une brièveté du frein qu'il est nécessaire de corriger ; pour cela le gland est renversé et attiré par la main d'un aide de façon à tendre le frein que l'on sectionne alors transversalement, par la traction l'incision se transforme en une fente longitudinale. Plus le frein est court, plus l'incision doit être étendue ; réunir immédiatement bout à bout les lèvres de la plaie par une pince de Péan.

4° Hémostase

Il est de toute nécessité d'assurer ici une hémostase par-faite, sans quoi un hématome post-opératoire possible sera la source d'un décollement ; deux ligatures au catgut en général s'imposent : une pour l'artère du frein, l'autre pour la veine dorsale de la verge ; pour les autres vaisseaux on peut soit les lier, soit simplement essayer d'obtenir l'hémostase par une pince suivie de torsion ; hémostase d'ailleurs heureusement complétée par les pinces laissées en place lors de la réunion.

5° Réunion

Nous entrons ici dans le cœur du sujet : cette réunion est facilitée par l'emploi de pincés spéciales, semblables aux pincés en cœur sans griffes d'Ombredanne, mais nous nous servons pour les raisons indiquées plus haut, simplement de pincés de Péan.

Donc l'hémostase étant assurée, l'opérateur et son aide munis chacun d'une pince à disséquer à griffes, saisissent l'un la peau, l'autre la muqueuse et les amènent en contact en ayant bien soin de refouler entre ses deux tuniques le tissu cellulo-muqueux de façon que ce dernier ne vienne pas faire des bavures sur la ligne de réunion. L'opérateur réunit alors la peau et la muqueuse par une pince de Péan, prenant bien garde que l'affrontement soit absolument parfait. Quatre pincés sont placées aux quatre points cardinaux, et employant toujours la même technique, avec son aide le chirurgien garnit de pincés toute la surface de section de telle sorte que les pincés se touchent presque, il en faut placer en moyenne une vingtaine pour que la réunion soit suffisante ; leur surface prenante doit être d'environ un centimètre en profondeur.

M. le Chef de clinique Ferron, et après lui Young laissent les pincés pendant une dizaine de minutes. Chez les adultes avec les possibilités d'érection et de tiraillement sur la cicatrice, nous sommes d'avis de les laisser au moins vingt minutes, et nous nous sommes très bien trouvés de ce laps de temps. Aucun inconvénient ; nous n'avons jamais eu de mortification des tissus ; le malade ne ressent ni douleur ni gêne.

Au bout de vingt minutes on enlève les pincés qui laissent voir une peau et une muqueuse parfaitement coaptées.

Quant au pansement on peut, suivant le milieu, employer un des deux procédés suivants :

A) Ou bien la méthode ancienne, c'est-à-dire pansement

circulaire ordinaire avec une gaze enduite de pommade de Reclus qui joue le double rôle d'être désinfectante et d'isoler la cicatrice des quelques gouttes d'urine qui peuvent se glisser le long du gland au moment des mictions. Quelques tours de bande fixent cette gaze. Il est utile de recouvrir le tout d'une toile imperméable perforée d'un orifice suffisant pour permettre le passage de l'extrémité du gland et du meat urinaire.

B) Ou bien la méthode suivante usitée par Monsieur le chef de clinique Ferron : pas de pansement, une simple gaze protectrice placée comme un chapeau, maintenue en place par un tour de bande à la base de la verge ou un spica. Dès le deuxième jour qui suit l'intervention on commence à faire de l'héliothérapie locale.

CHAPITRE VII

SOINS POST-OPÉRATOIRES COMPLICATIONS

Dans le cas de pansement circulaire le laisser en place pendant deux ou trois jours s'il n'est pas souillé. Le changer ensuite toutes les vingt-quatre heures en employant toujours la pommade de Reclus ; faire également de l'héliothérapie.

Garder le malade deux ou trois jours au lit, cela n'est pas indispensable mais est préférable pour éviter le frottement de la verge et du pansement contre la chemise et le pantalon. Quant l'opéré se lèvera laisser pendant quelques jours une gaze protectrice contre ce frottement.

Ne pas permettre le coït avant trois semaines.

Les complications possibles sont au nombre de trois dont deux au moins peuvent être évitées en prenant certaines précautions.

1° La suppuration : si l'on a soin d'aseptiser la région avant d'opérer, elle n'aura de chance de se produire que si l'urine vient souiller le pansement et la plaie. On l'évitera surtout en recommandant au circoncis de se mettre à quatre pattes sur son lit pour uriner. La suppuration est d'ailleurs

plus rare qu'avec les crins ou agrafes, l'affrontement des tissus étant plus adhésif du fait de leur écrasement. Si la suppuration se produisait la combattre par les moyens ordinaires, bains, antiseptiques.

2° Le décollement : il peut se produire soit du fait d'un hématome soit du fait d'érections persistantes et répétées.

L'hématome est évitable, il suffit d'avoir soin de lier largement et de ne lacher son malade que quand l'hémostase est parfaite.

Quant aux érections il sera bon de les combattre en donnant à l'opéré les deux ou trois premiers soirs un peu de bromure. Nous donnons systématiquement les trois premiers soirs un gramme de bromure de camphre et cinquante centigrammes de veronal ou sulfonal et nous nous en sommes toujours bien trouvés. Ajoutons que le mode de pansement est certainement pour une large part dans la production des érections. Si elles se produisent avec le pansement circulaire elles sont pour ainsi dire inconnues du fait de non pansement. Aussi toutes les fois que nous avons pu, nous avons adopté le système de la simple gaze protectrice.

Le décollement ne compromet pas la guérison, il est d'ailleurs généralement partiel ; mais il la retarde, expose à la suppuration ; la cicatrisation des points décollés se fait par seconde intention et l'esthétique de la cicatrice ne sera plus aussi parfait.

3° Il peut arriver que sans qu'il y ait suppuration ou décollement il se passe dans les premiers jours qui suivent l'intervention une réaction inflammatoire au niveau des surfaces sectionnées qui sont alors rouges, légèrement oedématisées ; cette réaction fréquente, impossible à éviter ou à prévenir sera combattue utilement par des bains chauds permanganatés.

CHAPITRE VIII

AVANTAGES DE LA RÉUNION SANS SUTURES

Nous ne voulons pas faire ici le procès des moyens de réunion employés jusqu'alors, mais nous nous permettrons d'indiquer les quelques inconvénients qu'ils représentent.

Les fils ou crins assurent certainement une réunion solide, mais ils sont délicats à mettre. La muqueuse ne l'oublions pas est certainement fragile ; tiraillée, sciée par des crins au cours des érections, de la réaction inflammatoire elle risque de se déchirer et c'est alors le décollement, la porte ouverte à l'infection. Multiplier ces points de suture c'est éprouver la fragilité de cette muqueuse, les espacer c'est obtenir une réunion moins parfaite, de légers interstices par où pénétreront plus facilement les microbes pathogènes. Ces fils sont pénibles à supporter, ils seront douloureux à enlever surtout si la surface opérée s'est œdématiée au point de les recouvrir ; cachés ils seront incrustés dans des tissus extrêmement sensibles. Avec le catgut on a le gros avantage d'être dispensé de cette séance de l'enlèvement, mais les risques d'infection sont augmentés.

Enfin pour si parfaites que soient les suites ; les points de

suture laissent derrière eux une cicatrice, et à plus forte raison sera-t-elle visible si le moindre incident est venu compliquer la cicatrisation.

Les serres-fines outre qu'elles ne sont pas toujours d'une application commode ne sont pas irréprochables ; derrière elles on trouve une petite escharre qui nuit à la finesse du résultat. Elles rendent douloureuses les heures qui suivent l'opération ; chacun de ces petits engins représente un levier qui branle au moindre mouvement et dont les oscillations réveillent les souffrances du patient. De plus les morsures en sont irritantes et sont pour beaucoup dans la production de ces érections cruelles et tenaces qui suivent l'intervention.

Nous devons ajouter que la présence de ces petits engins métalliques empêche de faire un pansement correct de la plaie ; le sang se coagule dans leurs replis, il s'altère et produit des loges anfractueuses dans lesquelles la fermentation commence, et la réunion souffre de cette inévitable malpropreté. Leur enlèvement sera douloureux ; un grand chirurgien a parlé « de la séance orageuse de l'enlèvement des serres-fines ».

Les inconvénients des agrafes de Michel participent à la fois de ceux des crins et de ceux des serres-fines : déchirure de la muqueuse, érections, douleur pour les supporter et les enlever et surtout et toujours cicatrice apparente.

Envisageons maintenant la réunion par application des pinces, et étudions-en les avantages.

1° Simplicité plus grande de l'opération : la pose des pinces est extrêmement facile, rapide ; elles sont supportées, enlevées sans aucune douleur. Quand le patient quitte la salle d'opération le chirurgien se trouve en présence d'une plaie cicatrisée qu'il n'aura plus à toucher.

2° Suites opératoires agréables : pour le malade qui ne ressent plus aucune douleur ; plus de ces corps étrangers qui le gênent, irritent causent des érections pénibles. Supprimée la perspective désagréable, qui pour certains opérés

devient une véritable phobie d'avoir à enlever ces crins ou agrafes. Pour le chirurgien qui n'aura même plus le souci d'avoir à refaire un pansement qui en médecine civile, plus souvent qu'en médecine militaire, aura pu être remplacé dès le premier jour par la simple gaze protectrice.

3° Dangers d'infection moindres, et même écartés devant une peau et une muqueuse soudées intimement ensemble.

4° Et surtout comme suites éloignées cicatrice linéaire parfaite, fait qui a motivé le nom donné à notre thèse. Souvenons nous encore que la circoncision comme toutes les interventions destinées à corriger une malformation doit être une opération esthétique. Plus de cicatrices apparentes, nous avons revu des malades quatre mois après avoir été circoncis et il était impossible de dire à un observateur non averti s'ils avaient été opérés.

Ce point de vue peut ne sembler qu'un petit détail ; il a son importance. En chirurgie plus que partout ailleurs ne vaut-il pas mieux faire le mieux possible ? Et rappelons en terminant ce mot du grand Fournier. « Les organes génitaux ont leur coquetterie qu'il faut respecter ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Jean R... Fantassin. 22 ans.

Phimosis complet. A eu de la balanite.

Opéré le 14 janvier 20. Fortes adhérences. Pincés laissées 10 minutes. Pansement circulaire. Suites opératoires : léger hématome décollant les lèvres de la plaie sur 1/2 centimètre.

Guérison : 12 jours.

OBSERVATION 2

Pierre M... Aviation. 21 ans.

Phimosis ne livrant passage au gland qu'à frottement très serré.

Opéré le 27 janvier 20. Pas d'adhérences. Pincés laissées 10 minutes. Pansement circulaire.

Guérison : 7 jours.

OBSERVATION 3

Roger B... Aviation. 22 ans.

Phimosis complet. A eu plusieurs blennorrhagies. Actuellement écoulement chronique datant de un an et demi.

Opéré le 6 janvier. Pincés laissées 10 minutes.

Pansement circulaire. Quelques érections les premières nuits. Légère réaction inflammatoire traitée par bains. Guérison : 12 jours.

Par la suite son écoulement cède aux soins locaux.

OBSERVATION 4

Henri F... Fantassin. 20 ans.

Incontinence nocturne d'urine datant de l'enfance.

Tous les moyens thérapeutiques ayant échoué, on décide de le circoncire. Opéré le 13 février. Pincés laissées 10 minutes. Pansement circulaire. Légères érections post-opératoires. Guérison : 8 jours.

Dans la suite, du côté de son incontinence, pas d'amélioration ; une cystoscopie montre d'ailleurs une vessie à colonnes.

OBSERVATION 5

Henri L... Brigadier. 25 ans.

Phimosis incomplet mais gênant le coït. Demande à être opéré.

Circoncision le 2 mars. Pincés 10 minutes.

Pansement circulaire. Guérison : 8 jours.

OBSERVATION 6

Fernand H... Aviation. 22 ans.

Phimosis complet. Demande à être opéré. Verge peu développée.

Circoncision le 11 mars. Pincés 10 minutes. Pansement circulaire. Quelques érections. Guérison : 9 jours.

OBSERVATION 7

Paul P... Fantassin. 21 ans.

Phimosis congénital : entre porteur d'un chancre mou du prépuce.

Circoncision qui enlève le chancre le 21 mars. Pincés 10 minutes. Pansement circulaire. Léger point de suppuration.

Guérison : 14 jours.

OBSERVATION 8

Mohamed Ben H... Tirailleur. 26 ans.

Phimosis, écoulement purulent dû probablement à la balanite,

Circoncis le 4 avril. Pincés 10 minutes. Pansement circulaire. Nombreuses érections les jours suivants. Décollement partiel sur 1 centimètre. Guérison : 15 jours.

OBSERVATION 9

Alexis R... Artilleur. 21 ans.

Phimosis simple. Circoncis le 13 avril. Pincés 10 minutes. Pansement circulaire. Guérison : 8 jours.

OBSERVATION 10

Henri D... Fantassin. 20 ans.

Phimosis simple. Circoncis le 23 avril. Pincés 10 minutes. Légère réaction inflammatoire traitée par bains chauds.

Guérison : 10 jours.

OBSERVATION 11

Alfred P... Cavalier. 21 ans.

Phimosis simple. Circoncis le 8 mai. Pincés 10 minutes.
Pansement circulaire. Pas de réaction, pas d'érections.
Guérison : 8 jours.

OBSERVATION 12

Jean R... Sergent. 32 ans.

Phimosis complet. Urétrite chronique datant de deux ans, traitée sans grande amélioration.

Opéré le 8 mai. Fortes adhérences. Pansement circulaire. Pincés laissées en place 10 minutes. Légère réaction inflammatoire. Guérison : 11 jours.

OBSERVATION 13

Antoine M... Caporal. 23 ans.

Phimosis simple hypertrophique. Gêné pour le coït, demande à être opéré.

Circoncision le 15 mai. Pincés laissées 10 minutes. Pansement circulaire. Guérison : 6 jours.

OBSERVATION 14

Pierre F..., 20 ans. Fantassin.

Jeune soldat incorporé avec une incontinence nocturne d'urine. Tous les moyens thérapeutiques ayant échoué on décide d'essayer la circoncision.

Phimosis très serré. Opération le 26 mai. Pansement circulaire. Pincés laissées 10 minutes. Suites opératoires bonnes. Guérison : 7 jours.

Par la suite son incontinence qui date de l'enfance semble légèrement améliorée.

OBSERVATION 15

Firmin G..., 22 ans. Fantassin.

Phimosis avec lésion de balanite ancienne, fait périodiquement de la balanite.

Opéré le 12 juin. Pincés laissées 10 minutes. Pansement circulaire. Fréquentes érections les nuits qui suivent l'intervention. Décollement sur un centimètre. Guérison : 12 jours.

OBSERVATION 16

Jacques B..., 21 ans. Aviateur.

Phimosis simple. Demande à être opéré étant gêné au cours du coït.

Circoncision le 17 juin. Pincés 10 minutes.

Pansement circulaire. Se plaint d'érections les jours suivants. Guérison sans incident : 7 jours.

OBSERVATION 17

Ali Ben K... Tirailleur. 25 ans.

Phimosis très hypertrophique. Ecoulement suspect de pus sous le prépuce ; on ne sent pas de chancre. A eu des coïts suspects. Pour éclaircir le diagnostic on pratique la circoncision le 20 juin. Lésions banales de balano-posthite.

Pansement circulaire. Pincés laissées 10 minutes. Nombreuses érections les nuits suivantes.

Léger décollement auprès du frein.

Guérison : 14 jours.

OBSERVATION 18

Martin A..., 23 ans. Fantassin.

Phimosis congénital avec chancre du prépuce, non induré.

Circoncision pratiquée le 29 juin qui supprime le chancre mou.

Pincés laissées dix minutes. Pansement circulaire. Réaction inflammatoire légère traitée par bains chauds et hélio-thérapie. Guérison : 13 jours.

OBSERVATION 19

Alexis F..., 21 ans. Cavalier.

Phimosis congénital, demande à être opéré.

Circoncision le 12 juillet. Quelques adhérences. Pincés laissées 20 minutes. Pansement circulaire. Hélio-thérapie. Guérison : 9 jours.

OBSERVATION 20

Georges B.... Sergent. 28 ans.

Entre pour un paraphimosis datant de deux jours qui n'a pu être réduit par le taxis. Gros bourrelet, fort œdème, gland très tuméfié, douleurs vives.

Opéré en deux temps, le 15 juillet on pratique une incision du prépuce et de son étranglement qui permet de réduire le paraphimosis 8 jours après, la verge étant redevenue normale on régularise la section et pratique la circoncision. Pincés laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Légère réaction inflammatoire. Hélio-thérapie. Guérison : 11 jours.

OBSERVATION 21

Alfred I..., 20 ans. Fantassin.

Phimosis congénital, entré pour urétrite compliquée de cystite, demande à être opéré une fois sa cystite guérie.

Circoncision le 1^{er} août. Pincés laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Héliothérapie. Guérison : 5 jours.

OBSERVATION 22

Hubert C..., 20 ans. Artilleur.

Incontinence d'urine nocturne, datant de l'enfance non guérie quoique améliorée par les divers traitements. Porteur d'un phimosis congénital hypertrophique.

Opéré le 1^{er} août. Pincés laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Héliothérapie. Quelques érections douloureuses. Suites opératoires bonnes. Guérison : 7 jours.

Par la suite, amélioration de l'incontinence.

OBSERVATION 23

Marcel D... Fantassin. 21 ans.

Incontinence nocturne d'urine datant de l'enfance. Gros phimosis hypertrophique, orifice préputial filiforme. Circoncision le 19 août. Pincés laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Quelques érections gênantes. Héliothérapie. Guérison : 6 jours. Pas d'amélioration par la suite de son incontinence. La cystoscopie montre une vessie à colonnes.

OBSERVATION 24

Pierre J..., 22 ans. Fantassin.

Entre dans le service pour orchite, porteur d'un phimosis

congénital hypertrophique, demande à être opéré lors de la guérison de son orchite.

Circoncision le 2 septembre. Pincées laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Héliothérapie. Guérison : 8 jours.

OBSERVATION 25

Joseph B..., 22 ans. Artilleur.

Phimosis congénital hypertrophique, fréquentes poussées de balanite, demande à être opéré.

Circoncision le 5 septembre. Pincées laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Héliothérapie. Guérison 6 jours.

OBSERVATION 26

Joseph H..., 21 ans. Aviateur.

Entré pour cystite, demande à être opéré d'un phimosis hypertrophique. Circoncision le 11 septembre. Pincées laissées vingt minutes. Pansement circulaire. Se plaint d'érections les jours suivants. Légère réaction inflammatoire. Guérison : 10 jours.

OBSERVATION 27

Jean B... Sergent. 26 ans.

Urétrite chronique datant de 4 ans. Phimosis très serré avec orifice préputial filiforme. Circoncis le 18 septembre. Pincées laissées vingt minutes. Erections gênantes les jours suivants. Guérison : 9 jours.

OBSERVATION 28

Henri L... Fantassin. 21 ans.

Entré pour rhumatisme blennorrhagique. Porteur d'un phimosis, demande à être opéré.

Circoncision le 3 octobre. Pincées laissées 20 minutes. Pas de pansement circulaire. Simple gaze protectrice. Héliothérapie. Guérison : 6 jours.

OBSERVATION 29

Fernand B..., Artilleur. 22 ans.

Chancre induré sous-préputial, avec phimosis.

Circoncision le 6 octobre. Pincées 20 minutes. Pas de pansement simple gaze protectrice. Pas d'érections. Guérison : 7 jours.

OBSERVATION 30

Maurice B..., 21 ans. Aviateur.

Demande à être opéré pour phimosis hypertrophique congénital.

Circoncision le 11 octobre. Pincées 20 minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice. Légère réaction inflammatoire. Guérison : 9 jours.

OBSERVATION 31

Marcel H..., 21 ans. Fantassin.

Demande à être opéré pour phimosis hypertrophique congénital.

Circoncision le 27 octobre. Pincées 20 minutes. Pas de pansement circulaire. Simple gaze protectrice. Héliothérapie. Guérison : 5 jours.

OBSERVATION 32

Jean P..., 25 ans. Caporal-fourrier.

Urétrite chronique persistante malgré soins appropriés depuis 3 ans. Porteur d'un phimosis atrésique, orifice préputial filiforme. Circoncision le 30 octobre. Pincées laissées 20 minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice. Hélio-thérapie. Guérison : 6 jours.

OBSERVATION 33

Jean S..., 20 ans. Fantassin.

Incontinence nocturne d'urine datant de l'enfance. Porteur d'un phimosis hypertrophique complet. Circoncision le 3 novembre. Pincées laissées vingt minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice. Hélio-thérapie. Guérison : 5 jours.

Réformé par la suite, son incontinence ayant résisté à tous les traitements.

OBSERVATION 34

Joseph S..., 21 ans. Cavalier.

Entré pour cystite blennorrhagique demande à sa guérison d'être opéré d'un phimosis incomplet mais le gênant au cours du coït. Circoncision le 7 novembre. Pincées laissées 20 minutes. Pas de pansement circulaire. Simple gaze protectrice. Hélio-thérapie. Guérison : 6 jours.

OBSERVATION 35

Gaston F..., 22 ans. Fantassin.

Demande à être opéré pour un phimosis ayant occasionné de fréquentes poussées de balanite. Circoncision le 22 novembre. Grosses adhérences. Pincées laissées vingt minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice. Légère réaction inflammatoire. Bains chauds. Guérison : 10 jours.

OBSERVATION 36

Daniel D..., 31 ans. Lieutenant.

Demande à être opéré d'un phimosis lui causant de la gêne. Circoncision le 7 décembre. Pincées laissées 20 minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice. Héliothérapie. Guérison : 5 jours.

OBSERVATION 37

Antoine L... Adjudant. 27 ans.

Entré pour une 4^{me} blennorrhagie en 3 ans.

Porteur d'un phimosis hypertrophique extrêmement serré. Circoncision le 9 janvier 1921. Pincées laissées 20 minutes, pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice.

Guérison : 6 jours.

OBSERVATION 38

Eugène T..., 22 ans. Fantassin.

Demande à être opéré d'un phimosis atrésique. Circonci-

sion le 9 janvier 1921. Pincés laissées 20 minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice.

Guérison : 5 jours.

OBSERVATION 39

Pierre J..., 21 ans. Artilleur.

Demande à être opéré pour phimosis. Circoncision le 31 janvier. Pincés laissées 20 minutes. Pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice. Héliothérapie.

Guérison : 7 jours.

OBSERVATION 40

Georges F..., 21 ans. Aviateur.

Entré pour urétrite aiguë, demande à être opéré d'un phimosis hypertrophique.

Circoncision le 9 février. Pincés laissées 20 minutes, pas de pansement circulaire, simple gaze protectrice.

Guérison : 5 jours.

Résumons en quelques lignes les enseignements de ces diverses observations. Elles nous montrent au point de vue de la technique que depuis le moment où les pincés ont été laissées 20 minutes au lieu de 10, il ne s'est plus produit un seul cas de décollement ; elles nous apprennent également que débarrassés du pansement circulaire et munis d'une simple gaze protectrice, les opérés n'ont plus eu à souffrir d'érections pénibles ; et que l'héliothérapie a abrégé le délai de guérison. Ce terme de guérison d'un emploi assez con-

ventionnel ici, désigne pour nos opérés, le moment où ils ont pu quitter l'hôpital et rejoindre leurs garnisons.

Les cas les plus favorables ont donc été obtenus par l'emploi de ces trois facteurs : Pincés laissées vingt minutes, simple gaze protectrice pour tout pansement, et héliothérapie locale.

CONCLUSIONS

1°. Le phimosis qu'il soit complet ou incomplet, congénital ou acquis est malformation extrêmement fréquente.

2°. Comme tel il expose le sujet qui en est atteint à des accidents nombreux, et en particulier à contracter plus facilement les maladies vénériennes.

3°. Il est donc de l'intérêt de tout porteur de phimosis de faire corriger cette malformation par une intervention chirurgicale.

4°. Parmi les diverses techniques opératoires nous avons employé avec succès la circoncision suivie de la réunion sans sutures par l'application de pinces de Péan laissées en place une vingtaine de minutes.

5°. Ce procédé pratiqué pour une quarantaine de cas nous a donné les meilleurs résultats : extrêmement simple, supprimant toute douleur post-opératoire, tout pansement, il a surtout l'avantage de donner une cicatrice linéaire parfaite absolument invisible.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

POUSSON.

Vu : *Le Doyen,*

D^r SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 3 mai 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AMUSSAT. — « Cas de stérilité chez l'homme cessant après guérison d'un phimosis ». Evreux, 1866.
- « Posthectomie par caustique. »
- ANIAT. — Gazette médicale, Paris, 1898.
- BERGER. — « Accidents peu connus du phimosis congénital » Thèse de Paris, 1890.
- BILLING. — « Vital statistic of the jews ». Méd. Rec. New-York, 1865.
- BLANCHARD. — « Du phimosis et de son traitement par la méthode annulaire ». Thèse de Lyon, 1895.
- BRICE. — « Cocaïne in circoncision ». North American Review, 1891.
- BOURDILLAT. — « Lithiase préputiale ». Thèse de Paris, 1872.
- CHASSAIGNAC. — « Nouveau procédé d'opération du phimosis par la circoncision ». Bulletin général de thérapeutique. Paris, 1849.
- CLOQUET. — « Quelques considérations sur l'opération du phimosis ». Gazette des Hôpitaux, 1829.
- CHAUVIN. — « Considérations sur le phimosis et l'opération de la circoncision. — Procédé nouveau ». Thèse de Strasbourg, 1851.
- DANIEL. — « Circumcision a preventive means of disease and reflexes neuroses ». Int. Journal of Surgery N. Y. 1900.
- DENUCÉ. — « Troubles de la marche ». Journal de Médecine de Bordeaux, 1894.
- « Hernie et Hydrocèle ». Journal de Médecine de Bordeaux, 1894.

Dictionnaire Dechambre. — Art. Circoncision.

DZENIOWSKI. — « Divers modes opératoires du phimosis ». Revue thérapeutique médicale et chirurgicale de Paris, 1881.

FORTUNET. — « Du phimosis comme cause d'incontinence nocturne chez les enfants ».

GERMA. — « Phimosis. — Conséquence et traitement ». Thèse de Paris, 1891.

GOUZY. — « 2 observations de phimosis déterminés par poussées eczémateuses du prépuce ». Lyon Médical, 1910.

GRIFFITH. — « Phimosis. Complications ». New-York Médical Journal, 1902.

GUINARD. — « Le prépuce dans l'art ». Chronique médicale. 1904.

HERODOTE. — Historia. — Liber II.

HOWKES. — « Treat of phimosis ». Cleveland Medical Report, 1909.

HUBERT. — « De la réunion immédiate dans l'opération du phimosis compliquant le chancre simple ». Lyon Médical, 1882.

HUE. — « Un nouveau procédé d'opération du phimosis ». Bulletin société de Chirurgie. 1878.

JOLY. — Histoire de la Circoncision ». Thèse de Paris, 1894.

KELLEY. — « Congenital phimosis ». Cleveland Medical Gazette, 1889.

LANDE. — « Note sur un procédé opératoire du phimosis ». Bulletin de la Société de Chirurgie de Bordeaux, 1876.

LAYLA VOIX. — « Divers modes opératoires du phimosis ». Thèse de Paris, 1881.

LONGUET. — « Nouveau procédé pour l'opération du phimosis ». Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris, 1882.

LEGUILLON. — « Incontinence d'urine compliquée de phimosis guérie par la circoncision ». Ann. Méd. Physiologie. Paris, 1834.

LOUAIN. — Thèse de Bordeaux, 1897.

MAISONNEUVE. — « Nouveau procédé d'opération du phimosis ». Gazette des Hôpitaux, 1853.

MALAPERT. — « Note sur un nouveau mode opératoire du phimosis ». Revue de Médecine Militaire. Paris, 1838.

MARION. — « Cure radicale du phimosis ». Semaine Médicale de Paris, 1900.

- MAYER. — « De la circoncision ». Thèse de Paris, 1904.
- MUNN. — « Complications du phimosis chez l'adulte ». *Medical News*, 1894.
- PANAS. — « Nouveau procédé pour l'opération du phimosis ». *Bulletin Société chirurgie*. Paris, 1867.
- PILTRE. — « Paraphimosis. Traitement par la circoncision ». Thèse de Paris, 1898.
- PITOIS. — « Balano-posthite et opportunité opératoire du phimosis ». Thèse de Paris, 1901.
- RECLUS. — « La circoncision » in traité de Chirurgie, 1884.
— « Phimosis et circoncision ». *Revue générale de Clinique et thérapeutique*, 1905.
- REVERDIN. — « Manuel opératoire de l'opération du phimosis ». *Revue Médicale Suisse Romane*, 1887.
- RICORD. — « Du phimosis, ses complications, son traitement ». *Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 1840.
- RIDREAU. — « New operation of phimosis ». *Dublin Hospital Gazette*, 1903.
- ROUQUETTE. — « Procédé de fixation du pansement après opération du phimosis ». *Archives de Médecine et Pharmacie Militaire*, 1911.
- SAVARIAUD. — « Phimosis et atrésie du Méat ». *Bulletin de la Société de Pédiatrie*. Paris, 1911.
- SAISSI. — « Anesthésie locale dans l'opération du phimosis ». *Presse Médicale*. Paris, 1914.
- SHILLEN. — « New operation per phimosis ».
- STRONG. — « Cure du phimosis ». *American journal of Surgery*, 1914.
- SURMAY. — « Nouveau procédé pour l'opération du phimosis ». *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris, 1882.
- TAGNARD. — « Incontinence d'urine ». Thèse Montpellier, 1870.
- THIBAUT. — « Histoire chirurgicale du phimosis ». Thèse de Paris, 1908.
- THIENOT. — « De la Circoncision chez les Anciens et les Modernes ». *Revue illustrée de Polytechnique Médicale*.
- THOINES. — « Della circoncisione ». *Giornale Itali della Mad. Ven.*, 1295.
- TILLAUX. — « Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel ? ». *Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 1865.

- TILLAUD. — « Traitement du phimosis ». Répertoire de thérapeutique. Paris, 1898.
- THIÉRY. — « Manuel opératoire de la Circoncision ». Gazette Médicale. Paris, 1891.
- TRESET. — « L'onanisme ». Lausanne, 1887.
- DE VASSAL. — « Calculs préputiaux ». Annales d'Hygiène et Médecine coloniales, 1903.
- VIDAL DE CASSIS. — « Nouveau procédé opératoire du phimosis. — Opération du phimosis et serre fines ». Gazette des Hôpitaux, 1843 ; Union Médicale de Paris, 1849 ; Bulletin Société de Chirurgie, 1851 ; Gazette des Hôpitaux, 1853.
-

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE
15, COURS DE LA MARNE.
